

15. Межрайонные и межрегиональные центры. Для приближения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи проживающему в сельской местности населению - в 2019 году в таком формате начнут принимать пациентов в Мозыре, Новополоцке, Молодечно, Борисове и Бобруйске.

16. Эксперты считают, что одной из главных движущих сил медицинского туризма является старение населения. Поэтому при разработке концепции экспорта услуг следует учитывать потребность в специфических, соответствующих возрасту потребителей, услугах.

17. Экспорт образовательных услуг [2]. По оценкам Всемирной торговой организации, емкость мирового рынка образования непрерывно растет. Для повышения привлекательности обучения в ВГМУ, повышения престижа вуза, а также создания перспектив для дальнейшего трудоустройства выпускников из числа иностранных граждан с 2018 года начата реализация проекта, направленного на подготовку выпускников к сдаче лицензирующих экзаменов в различных зарубежных странах.

Выводы.

1. Практико-ориентированное развитие медицинской науки осуществляется в соответствии со Стратегией «Наука и технологии» 2018-2040 годы для ее перехода на инновационную модель.

2. Необходимо обеспечить дальнейшее развитие передовых технологий во всех сферах здравоохраненческой деятельности, реализацию мероприятий современного маркетинга, ценовой политики и подходов по медицинскому туризму, увеличить количество обучающихся иностранных граждан в медицинских университетах.

Литература:

1. Методы оценки кадрового научного потенциала. Сообщение 1 (обзор литературы) / М.М. Сачек [и др.] // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2015. – № 3. – С. 10–22.

2. Глушанко, В.С. Критериальная основа экспорта медицинских, фармацевтических и образовательных услуг в контексте формирования предпринимательских компетенций внешнеторговой деятельности / В.С. Глушанко // Медицинское образование XXI века: разработка модели «Университет 3.0»: сб. материалов междунар. науч.-практ. конф. – Витебск : ВГМУ, 2019. – С. 82–85.

УДК 616-085

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ: ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ

Глушанко В.С., Гайфулина Р.И.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Процесс определения приверженности пациента к лечению существует со времен Гиппократов, когда пациенты самостоятельно фиксировали прием лекарств.

Необходимо понимать различие между понятиями «приверженность к лечению» и «комплаенс». В 1997 году Всемирная Организация Здравоохранения проанализировала данные многих независимых авторов и приняла решение об использовании термина «приверженность» в случае партнерства врача и пациента с активным вовлечением последнего в процесс. Термин «комплаенс» предусматривает пассивное подчинение врачу и слепое выполнение пациентом врачебных инструкций [1].

Цель работы: изучить методы установления факта наличия приверженности пациента к лечению.

Материал и методы: аналитический обзор литературы.

Результаты и обсуждение. Для расчета приверженности к лечению рабочая группа Международного общества по фармакоэкономике и изучению исходов

(International Society For Pharmacoeconomics and Outcomes Research, ISPOR) составила усредненное определение «показателя приверженности лечению» (ППЛ) (medication possession ratio). ППЛ – это показатель приема пациентом назначенных лекарственных средств (ЛС) за конкретный отрезок времени. Рассчитывается он по соотношению числа дней лечения, обеспеченных ранее выданным пациенту лекарственным препаратом, к числу дней, прошедших между окончанием срока приема и получением новых упаковок медикаментов[2].

Приверженность считается удовлетворительной или высокой при $ППЛ \geq 80\%$, тогда как при $ППЛ < 80\%$, а также при $ППЛ > 120\%$ и более — неудовлетворительной или низкой, хотя данная точка раздела (cut-off point) является весьма условной, так как для пациентов с ВИЧ-инфекцией требуется не менее 95% доз препарата [3,4].

Измерение ППЛ можно проводить двумя методами – прямым и косвенным. К прямым методам относят, прежде всего, выявление количества ЛС или их метаболитов в крови, моче, слюне. Также определяются химические маркеры, содержащиеся в лекарственном препарате, однако затраты и потраченное время снижают потенциальную эффективность данной процедуры. Более доступный прямой метод – кураторство приема ЛС при непосредственном наблюдении со стороны медицинского персонала или специально обученного родственника. Однако, это сложно осуществить и также имеется вероятность фальсификации данных [5].

Из косвенных методов исследования ППЛ, в первую очередь следует выделить наиболее частый – подсчет количества израсходованных и неизрасходованных таблеток, который, в свою очередь, является не достоверным. Также сюда стоит отнести электронный мониторинг, анализ учетно/отчетной документации, опрос по специальным анкетам или диагностическим шкалам. Такие опросники (диагностические шкалы) называются «Инструменты оценки пациентами проводимого лечения» (Patient-Reported Outcomes Measures (PROMs)). Они основаны на понимании особенностей течения того или иного заболевания и помогают мониторировать различные важные аспекты, как качество жизни или удовлетворенность проведенным лечением. Валидность, надежность, чувствительность, минимальное клинически значимое различие – те качества опросника, благодаря которым его можно использовать как основу различного рода исследований[6].

Выводы. Приверженность пациентов к лечению является одним из важных аспектов организации лечебно-диагностического процесса, поскольку влияет на их физическое здоровье и предупреждает развитие осложнений [7]. Отсутствие единого способа оценки комплаентности затрудняет элиминацию данной проблемы. Личное отношение к проблеме каждого пациента, степень выполнения им рекомендаций по лечению и профилактике заболеваний, опыт и профессионализм лечащего врача создают вектор дальнейшего взаимодействия в направлении улучшения конкорданса. Для обеспечения эффективного комплаенса необходимо создать базовые условия: информирование пациента о течении заболевания, обеспечение пациента раздаточными материалами, включение в оздоровительный процесс родственников и близких людей, увеличение кратности визитов к врачу для некомплаентных пациентов, адекватный подбор режима лекарственной терапии, совершенствование коммуникации в системе врач-пациент, активное посещение школ пациентов.

Для решения данной проблемы требуется новый, более инновационный подход, который определит будущее тысячи пациентов, повысит их качество и продолжительность жизни.

Литература:

1. Приверженность основной терапии у больных с постинсультной депрессией / Е. И. Гусев [и др.] // Неврол. журн. – 2011. – № 4. – С. 54–59.
2. The ISPOR Compliance and Persistence SIG Definitions Working Group [Electronic resource] / RAND corporation. – Mode of access: <https://www.ispor.org/sigs/medication.asp>. – Date of access: 15.11.2019.

3. Osterberg, L. Adherence to medication / L. Osterberg, T. Blaschke // N. Engl. J. Med. – 2005. – Т. 353, № 5 – P. 487–97.
4. Validation of a general measure of treatment satisfaction, the Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM), using a national panel study of chronic disease / M. J. Atkinson [et al.] // Health Qual. Life Outcomes. – 2004. – Т. 2 – P. 12
5. Hertz, R.P. Adherence with pharmacotherapy for type 2 diabetes: a retrospective cohort study of adults with employer-sponsored health insurance / R.P. Hertz, .. // Clin. Ther. – 2005. – Т. 27 – P. 1064–1073.
6. Skovlund, S.E. Patient-reported Assessments in Diabetes Care: Clinical and Research Applications / S.E. Skovlund // Current Diabetes Reports. – 2005. – Т. 5. – P. 115–123.
7. Mason, B.J. Assessment of sulfonylurea adherence and metabolic control / B.J. Mason, J. R. Matsuyama, S. G. Jue // Diabetes Educ. – 1995. – Т. 21. – P. 52–57.

УДК 616.1:614.2

ОЦЕНКА ВЗАИМОВЛИЯНИЯ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ И СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ НАЛИЧИИ И ОТСУТСТВИИ ПАТОЛОГИИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Глушанко В.С., Коробов Г.Д., Орехова Л.И.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. В настоящее время в мире именно болезни системы кровообращения (БСК) являются основной причиной смертности населения, которая, по официальным данным, ежегодно составляет более 55% от числа всех смертей [1]. По мнению специалистов Всемирной организации здравоохранения, $\frac{1}{3}$ снижения смерти от БСК может быть обеспечена за счет усовершенствования лечебно-диагностического процесса, а $\frac{2}{3}$ снижения смертности сделает возможным изменение привычек в образе жизни, что должно повлиять на отношение людей к своему здоровью [2].

Актуальность проблемы отношения к собственному здоровью определяется её медико-социальным аспектом (качеством трудоспособного населения, экономического потенциала государства) и значимостью сохранения здоровья для воспроизводства населения [3]. Способность заботиться о своем здоровье может считаться профессионально важным качеством для людей многих специальностей, обеспечивающих высокую эффективность деятельности [4]. Это является одним из ключевых моментов, влияющих на здоровье, качество жизни и профессиональную деятельность людей, что вырабатывает у них отношение к собственному физическому и психическому состоянию.

Цель работы: выявить и оценить особенности взаимовлияния отношения к собственному здоровью у пациентов и их социального статуса при наличии и отсутствии патологии системы кровообращения.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе 3 организаций здравоохранения г. Витебска. Сформированы 2 группы наблюдения, которые были проанкетированы по авторской комплексной методике опроса «Опросник для исследования социально-дистрессовых детерминант болезней системы кровообращения» (авторы: Л.И. Орехова и В.С. Глушанко): исследуемая группа включает 94 пациента кардиологических отделений с установленным диагнозом «Ишемическая болезнь сердца», контрольная группа – 40 пациентов гастроэнтерологического отделения без установленного диагноза «Ишемическая болезнь сердца». Взаимовлияние исследуемых параметров определено в программе IBM SPSS Statistics 22.0 с использованием таблиц сопряженности и критерия χ^2 Пирсона.